

カルテ番号： \_\_\_\_\_

# 小児用問診票

平成 年 月 日

12歳～用

現住所：〒 \_\_\_\_\_

自宅TEL： ( ) - \_\_\_\_\_

携帯TEL： - \_\_\_\_\_

家族（同居者全員をご記入下さい）

計 \_\_\_\_\_ 名

E-mail address： \_\_\_\_\_

続柄	氏名	年齢	性別	生年月日	出生順位	体重	身長
(ふりがな) 1. 本人		愛称 歳 か月	男・女	昭和・平成 ・	第 子	kg	cm
2. 父		歳	男・女	本人の通学 ・学校名 ・クラス名 部活動 保護者の職業・勤務先 ・父： ・母：			
3. 母		歳	男・女				
4.		歳	男・女				
5.		歳	男・女				
6.		歳	男・女				
7.		歳	男・女				

1. 来院された理由     ア) 歯科検診     イ) 予防処置（フッ素塗布・シーラント・歯磨き指導等）     ウ) むし歯がある  
                          エ) 痛みがある（しみる・噛むといたい・うずく）     オ) 歯や口のけが     カ) 歯並び・矯正  
                          キ) その他（ \_\_\_\_\_ ）
2. 今まで歯科の診察や治療を受けたことがありますか？  
   ア) いいえ     イ) はい（いつ頃 \_\_\_\_\_ 内容 \_\_\_\_\_ ）
3. 下記の病気にかかったことがありますか？     なし ・ あり     “あり”と答えた方は下記のうちどれですか？  
   ア) 心疾患     イ) 腎疾患     ウ) 血液疾患     エ) 肝疾患     オ) 喘息     カ) アトピー     キ) けいれん  
   ク) その他（ \_\_\_\_\_ ）
4. 両親・兄弟姉妹で下記の病気にかかったことがある方はおられますか？     誰が（ \_\_\_\_\_ ）  
   ア) 心疾患     イ) 腎疾患     ウ) 血液疾患     エ) 肝疾患     オ) 喘息     カ) アトピー     キ) 高血圧  
   ク) 糖尿病     ケ) リュウマチ     コ) アレルギー     サ) その他（ \_\_\_\_\_ ）
5. かかりつけの小児科・内科はありますか？  
   ア) いいえ     イ) はい（病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ）
6. 現在の健康状態は？  
   ア) 健康     イ) 具合が悪い（病名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ ）
7. 現在何か薬を使っていますか？     ア) いいえ     イ) はい（薬品名 \_\_\_\_\_ ）
8. 薬や食品によるアレルギーはありますか？  
   食品：ア) いいえ     イ) はい（食品名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ ）  
   薬品：ア) いいえ     イ) はい（薬品名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ ）
9. けがをしてもすぐ血がとまりますか？     ア) とまる     イ) とまりにくい
10. 以前、歯科で麻酔の注射を受けたことがありますか？     ア) いいえ     イ) 受けた（異常なし・異常あり）
11. 本院までの所要時間     ( ) 時間 ( ) 分
12. 来院方法     ア) 自家用車     イ) バス     ウ) タクシー     エ) 自転車     オ) 徒歩
13. 当歯科をどのようにお知りになりましたか？  
   ア) 友人の紹介（お名前 \_\_\_\_\_ ）     イ) 他院の紹介     ウ) 家族から     エ) 看板をみて  
   オ) 電話帳・広告をみて     カ) インターネットを見て     キ) その他  
   ( \_\_\_\_\_ )
14. 当院ではお子さまの処置の必要な歯の治療と予防をすべて行っていきますが、それでよろしいですか？  
   ア) はい     イ) 治療のみ     ウ) 痛い歯だけ     エ) 先生と相談して決めたい     オ) その他
15. 治療についてのご希望  
   ア) 保険の範囲でしてほしい（治療のみ）  
   イ) 保険でできないことは自費でも良い（予防処置・矯正等）     ウ) 先生と相談して決めたい

【お子さまについてお教え下さい】

16. 出生前後に病気にかかったことがありますか？  
ア) いいえ イ) はい ( ) ウ) わからない
17. 12歳臼歯に気がついたのはいつ頃ですか  
ア) 10歳まで イ) 11歳 ウ) 12歳 エ) 13歳 オ) 14歳以降 カ) わからない
18. 主な歯の清掃法は？ ア) 歯ブラシ イ) デンタルフロス（糸ようじ） ウ) ガーゼで拭う  
エ) うがいさせる オ) 飲食後、水やお茶を飲ませる カ) 何もしない
19. 自分で歯磨きは？ ア) 毎日する イ) 時々する ウ) 磨かない  
いつ？（複数可） ア) 起床後 イ) 朝食後 ウ) 昼食後 エ) 夕食後 オ) 間食後 カ) 寝る前
20. 歯磨き糊を使用していますか？  
ア) いいえ イ) はい（商品名 ） ウ) わからない
21. 歯磨きをした時に出血がみられますか？ ア) 出血しない イ) ときどき出血する ウ) よく出血する
22. 一日の生活のリズムは決まっていますか？ ア) 決まっている イ) だいたい決まっている ウ) 決まっていない
23. 買い食いをしているようですか？ ア) 行っていない イ) 時々する ウ) 毎日する エ) わからない
24. 寝る前に何か食べることがありますか？ ア) 食べない イ) ときどき食べる ウ) よく食べる
25. 何か癖がありますか？  
ア) 指を吸う イ) おしゃぶりを吸う ウ) 舌をかむ・舌を上下の歯の間によく出している  
エ) 爪を噛む オ) 唇を噛む・吸う カ) 口呼吸・よく口を開けている  
キ) 舌足らずな話し方 ク) その他 ( )
26. お子さまの性格で、該当するもの全てに○印をして下さい。  
ア) 朗らか イ) のんびりや ウ) 聞き分けがよい エ) 好奇心が強い オ) 我が強い カ) 甘えっ子  
キ) 人見知りをする ク) うちべんけい ケ) 泣きむし コ) 神経質 サ) 落ち着きがない シ) 乱暴  
ス) その他 ( )
27. お子さまについて担当医が知っておいた方がよいと思われることがあれば、お書き下さい。  
ア) なし イ) 風邪をひきやすい ウ) よく熱を出す エ) ひきつけを起こしやすい  
オ) 傷が治りにくい（化膿しやすい） カ) 鼻血がやすい キ) 扁桃腺が腫れやすい  
ク) 鼻が詰まりやすい ケ) 吐きやすい・吐き気をもよおす（歯ブラシで・その他）  
コ) その他 ( )
28. 治療に対して、お子さまはどう感じていると思われるか？  
ア) 上手に受けられる イ) 喜んでいる ウ) 少しこわがり エ) 嫌がっている オ) 泣く（と思う）  
カ) 治療困難 キ) その他 ( )
29. 歯科の治療を嫌がっていたり怖がっていると思われる場合、理由に心当たりがありますか？  
( )

【お母さま、又は記入者ご自身について、お教え下さい】

あなた様とお子様とのご関係は？ ( )

30. 妊娠の状態はどうでしたか？ 順調 ・ 異常があった “異常あり”と答えた方は下記のうちどれですか？  
ア) 蛋白尿 イ) 尿糖 ウ) 浮腫 エ) 高血圧 オ) 貧血 カ) 風疹 キ) RH- ク) その他 ( )
31. 分娩の状態はどうでしたか？  
ア) 順調 イ) 吸引・鉗子分娩 ウ) 帝王切開 エ) 早産 オ) その他 ( )
32. 歯科について、どのようにお感じですか？  
ア) なんでもない イ) 少し緊張する ウ) 緊張する エ) とても怖い オ) その他 ( )
33. 歯や歯ぐきの状態は？  
ア) 健康（定期的に健診を受けている・自己管理している） イ) 治療通院中（当院・他院）  
ウ) 問題があるが未治療 エ) その他 ( )
34. その他、歯科治療を開始するにあたり担当医が知ってほしいことや治療の内容に関して希望があればお書き下さい。  
( )